



FORMULAIRE DE DÉCLARATION

1. Identification

Pharmacien déclarant

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____

Adresse de correspondance : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

Pharmacien instrumentant

Est-ce que le pharmacien déclarant est également le pharmacien instrumentant? Oui Non

Si vous avez sélectionné « Non » :

Pharmacien instrumentant

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____

Est-ce que ce dernier est avisé de vos démarches actuelles auprès du FARPOPQ? Oui Non

L'évènement implique-t-il d'autres pharmaciens au moment ou après l'évènement? Oui Non

Si vous avez sélectionné « Oui » :

Pharmaciens

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____

Information du patient ou réclamant éventuel

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Nom du tuteur légal si patient mineur : _____

Adresse de correspondance : _____

Numéro de téléphone : _____

Milieu de travail où l'évènement s'est produit

- Établissement de santé Pharmacie communautaire Industrie pharmaceutique
- Ailleurs (précisez) : _____

Nom de la pharmacie ou de l'établissement : _____

Chaîne ou bannière : _____

Adresse de correspondance : _____

Numéro de téléphone : _____

Propriétaires

Nom : _____	Prénom : _____	Numéro de permis : _____
Nom : _____	Prénom : _____	Numéro de permis : _____
Nom : _____	Prénom : _____	Numéro de permis : _____

2. Nature de l'évènement

Sévérité

Quel évènement vous amène à faire une réclamation?

Veillez choisir dans la liste déroulante : Choisissez un élément.

Montant réclamé, s'il y a lieu : _____ \$ et joindre tout document pertinent

Dates importantes

Date où les services professionnels faisant l'objet de l'avis ont été rendus : _____ (Cliquez flèche et choisir date)

Date où les faits relatifs à cette réclamation ont été connus pour la première fois : _____ (Cliquez flèche et choisir date)

3. Résumé chronologique des évènements qui ont mené à la déclaration

Description

S'agit-il : **Veillez choisir dans la liste déroulante :**

Si « Autre », précisez : _____

L'accident implique-t-il une infirmière à votre emploi? Oui Non

L'accident s'est-il produit dans le cadre d'une livraison? Oui Non

Dans l'affirmative, est-ce que le livreur est un :

- employé de la pharmacie
- sous-traitant

S'il s'agit d'un sous-traitant, veuillez fournir le nom et les coordonnées de la compagnie de livraison?

Qui a constaté l'accident pharmacologique (pharmacien, médecin de famille, patient, etc.)?

Quand a-t-il été constaté?

Si ce n'est pas le patient qui a constaté l'erreur pharmacologique, est-ce qu'il a été mis au courant?

Quelle a été la durée de la prise du médicament erroné, s'il y a lieu?

Quels ont été les effets secondaires ressentis ou les inconvénients subis par le patient, s'il y a lieu?

Nom et détails du médicament impliqué, s'il y a lieu

Détails de l'ordonnance	Médicament prescrit	Médicament remis
Dénomination commune (générique)		
Nom commercial		
Teneur ou concentration		
Forme pharmaceutique		
Posologie		
Voie d'administration		
Durée du traitement		
Intention thérapeutique		
DIN		

Conséquences sur la santé du patient

À votre connaissance, le patient a-t-il reçu des traitements? Lesquels?

4. Ordre des pharmaciens du Québec

Faites-vous l'objet d'une plainte auprès du Syndic? Oui Non

5. Classification de la réclamation

Cette classification est basée sur l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie*. Veuillez consulter cette dernière, afin de bien classer la réclamation. Veuillez également sélectionner, selon vous, l'énoncé qui décrit le mieux l'évènement.

Réclamation reliée à :

Veuillez choisir dans la liste déroulante : Choisissez un élément.

Si « Autre incident », précisez :

6. Informations additionnelles

Nom et prénom :

Adresse de correspondance :

Numéro de téléphone :

Renseignements que cette personne peut fournir :

Nom du pharmacien déclarant

Numéro de permis

Date

Veuillez retourner le « Formulaire de déclaration » ainsi que les pièces justificatives supportant le présent avis, selon l'un des modes d'acheminement suivants :

Par courriel : info@farpopq.com

Par télécopieur : 514 281-0881

Par voie postale : Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec
Services des réclamations
2020, boul. Robert-Bourassa, bureau 2160
Montréal (Québec) H3A 2A5
Téléphone : 514 281-0300
Sans frais : 1-877-281-0309